

子どもの外傷後成長に向けた臨床への取り組み*

開 浩一**

Posttraumatic growth intervention for children

Koichi HIRAKI**

トラウマの出来事によってもたらされる苦しみから成長することは、外傷後成長Posttraumatic growth (PTG) という言葉で知られるようになってきた。当初、成人のトラウマサバイバーにPTGの成長がみられることがわかっていたが、子どものトラウマサバイバーにもみられるかどうかは、研究者のなかでも意見が割れている。認知が発達の途上にある子どもがPTGを経験するかどうかははっきりしないという見解がある一方で、6歳前後という年少期からPTGがみられるという報告もある (Cryder, Kilmer, Tedeschi, & Calhoun, 2006)。この真偽はこれからの研究によってより明らかになってくるであろう。

本論文では、トラウマの出来事に遭った子どもにも、PTGを経験する可能性がありうると仮定したうえで、子どものPTGを促す臨床について先行研究を参考にしながら整理していきたい。前半は、子ども自身への臨床について。後半は、子どもを支える親への臨床について。また、子どものPTGを育む環境づくりについても触れていきたい。

キーワード：Posttraumatic growth (PTG)、
外傷後成長、子ども、臨床

【既存のトラウマ臨床がPTGを促す】

子どものトラウマサバイバーにPTGを促していく臨床は、既存のトラウマ臨床のアプローチと変わらない。臨床家は、まず、子どもを受容し、子どもが安心できるように心がけること。そして、子どもの安全を確保し、段階を踏みながらノーマルな状態に戻れるように、ふたたび体制を整えられるように援助することにある (Kilmer & Gil-Rivas, 2008)。そのために、臨床家は、トラウマの出来事と、それに伴う感情について子どもと話し合い、積極的に子どもの話しに耳を傾けながら、子どもが直面している状況がいかに困難

であるかについて理解を示していきたい。そして、子どもが自分で感情をコントロールできるように、また、出来事について別の視点からも考えられるように援助する。そして、子どもが状況に応じて適切にコーピングできるように、臨床家が見本を示しながら導いていくことも大事である (Calhoun & Tedeschi, 1999, 2006; Kilmer & Gil-Rivas, 2008)。

既存のトラウマ臨床は、サバイバーを成長させることをゴールとしているわけではないが、臨床のなかで通常行われていることは、PTGを促す意図的反芻や、プラスへのリフレーミングを促したり、子どもをサポートできるように親を励ましたり、未来に注意を振り向けるように援助するなど、このような援助は、直接的にも間接的にもサバイバーのPTGへの道のりを支えている (Kilmer, Gil-Rivas, Griesse, Hardy & Hafstad, 2014)。

既存のトラウマ臨床のなかでも認知行動療法は子どもや若者のトラウマ治療に効果を上げている (Dorsey, Briggs, & Woods, 2011)。とくに、トラウマフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT) は、当初、対象としていた性的虐待に遭ったサバイバーに限らず (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Deblinger, Lippman, & Steer, 1996)、9・11のテロに遭った若者 (CATS Consortium, 2007)、身体的虐待 (Kolko, 1996; Kolko & Swenson, 2002)、児童期のトラウマ悲嘆 (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006) を対象にした治療でも効果が実証されている。特筆すべきところは、TF-CBTが社会的能力を高め、トラウマによるストレス症状、うつ、不安、行動上の問題が軽減することにある (CATS Consortium, 2007)。

認知行動療法は、トラウマ症状の軽減に効果を上げているが、PTGとの相性も良いと言われている。PTGは、トラウマの出来事によって壊れた世界観を作り直していくプロセスを辿る。この

* Received February 7, 2019

** 長崎ウエスレヤン大学 現代社会学部 社会福祉学科、Faculty of Contemporary Social Studies, Nagasaki Wesleyan University, 1212-1 Nishieida, Isahaya, Nagasaki 854-0082, Japan

とき、トラウマ以前とは異なる価値観へと変化することがPTGの成長となる。PTGの成長とは変化することにある。認知行動療法も、認知の変化を促す。偏った考え方のクセに着目し変容を試みようとする。このアプローチはPTGの変容プロセスも後押しすることになる。

Calhoun & Tedeschi (2013) は、PTGそのものは新しい心理療法ではなく、新しい視点にすぎないと述べている。そのため、認知行動療法をはじめとする既存のトラウマ臨床にPTGの視点を取り入れること。また、専門家として、トラウマの治療にあたりつつPTGまでのプロセスに随伴する臨床家をエキスパート・コンパニオンと称し、これを推奨している。

【子どもへのトラウマの心理教育】

トラウマの出来事に遭った子どもは、これまで経験したことのない症状に困惑するため、初期段階に心理教育をおこないたい。このとき、子どもに、わかりやすい言葉を使ってトラウマについて説明すること。そして、今、心身に起こっていることが危機的な状況に直面したときに、誰もが経験する自然な反応であることを伝えて、安心してもらう必要がある。また、今後もトラウマの記憶がよみがえることで苦しむことがあるため、リラクゼーションなどの方法を紹介し、子どもが自分で不安に対処できるようにする。さらに、感情の強さについて、感情に名前をつけてみる工夫について、適切に感情を表現する方法について、感情と思考が分けられることなど、感情に関する知識と、それを取り扱う方法について教えることも重要である (Cohen et al., 2006)。そして、思考と感情と行動が連動していることを示しながら、思考を切り替えることに焦点を置いたリフレーミングや、自分に対してポジティブな言葉かけをするような対処法について子どもに紹介する。このように、トラウマについての知識と、トラウマへの対処法について教えることが子どものPTGを促すステップとなり得る (Kilmer, Gil-Rivas, Griesse, Hardy & Hafstad, 2014)。

【子どものPTGの言葉に耳を澄ませる】

トラウマの出来事に遭った子どもをサポートする臨床家は、子どものもつ資源を掘り起こしていくこと。子どもの積極的なコーピングをサポートしていくこと。そして、新しい現実に対応して生きていけるように支援していくことが重要とな

る。そのためにも、子どものなかに沸き起こった疑問に一つ一つ答えながら、子どもを理解しようと試みる。また、子どもが信じてきた世界観が出来事によってどのように変化したのかについて耳を傾け、子どもの身に起こった出来事を人生のなかに組み込み、自分の物語として作りあげていけるように支援する (Kilmer & Gil-Rivas, 2008)。

このような支援をする過程のなかで、子どもの口から発するPTGの言葉に耳を澄ませたい。もし、語りのなかに、プラスの変容と思われる発言があったならば、そのことについてもっと話してもらうように促していく。しかし、今、プラスの変容に焦点をあててもいいかどうか、子どもがプラスの変容について受け入れられる心の準備が整っているかどうか、タイミングには気を配りたい (Kilmer & Gil-Rivas, 2008)。

臨床家は、子どもが直面している困難さと、そこから得られる恩恵について認識すること。そして、その恩恵について話し合い、深めていくことで、子どもが自分の人生のなかに恩恵を組み合わせたいけるように援助する (Tedeschi & Kilmer, 2005)。この話し合いを進めていく上において、子ども自身のことや、将来についてポジティブな視点から見通すことができるようにサポートする (Kilmer, 2006; Kilmer & Gil-Rivas, 2008)。子どものもつ強みや能力を見だし、それを、身に付けていけるように援助することは、子どもの成長を促すだけにとどまらず、ポジティブな適応にもつながっていく。また、トラウマ症状が軽くなり、未来に希望をもち、明るい期待感をもてるようになる (Gil-Rivas, Hypes, Kilmer, & William, 2007; Kilmer, 2006)。子どもがもっている力をより強めていきながら、トラウマによって壊れた世界観を再構築していけるように援助していく。このプロセスがPTGを育む中心的な要素となる (Kilmer, Gil-Rivas, Griesse, Hardy, & Hafstad, 2014)。

子どものPTGを促すアプローチは、臨床家が既に実施しているトラウマケアと同様の方法に準じている。唯一の違いは、子どもの声に慎重に耳を傾けて、成長の言葉をしっかりと拾い上げることにある (Tedeschi & Kilmer, 2005)。また、なにより、子どもがトラウマ以後の世界で生きていけるように、対処できる能力を付けていけるよう導くことが先決である。PTGに注目するのはその後である。ただ、どれほど時間が経過していた

としても、PTGの「成長する」という考えについて、子どもが受け入れないことも十分に考えられる。そのため、臨床家はPTGを子どもに押し付けないように、プラスの変化について尋ねることを急ぎ過ぎないように気を付けたい (Tedeschi & Kilmer, 2005)。そして、成長が見受けられない子どもに対して、何か悪いことのような、何かが欠如しているような、負のレッテル張りをしないように気を付けるべきだ (Glad, et al., 2013)。

【親を支える】

親のトラウマに対する反応や、出来事以後の対処の仕方を、子どもはよく観察しており、それを模倣しようとするため、親を含めてサポートすることが重要である。親自身がトラウマに対して適切に対処することによって、子どもは平静さを取り戻すことができる。そして、子どもの気持ちの安定がPTGのプロセスを後押しすることになる。実際、ハリケーンの被害に遭った親と子どもを対象とした研究では、親の前向きなアドバイス、有能感、侵入的思考が、子どものPTGの予測因子となった (Kilmer & Gil-Rivas, 2010)。

親がトラウマに適切に対応できるようになるためには、親に対して心理教育をおこなうことが望まれる。親を対象にした心理教育の内容は、子どもの心理教育の内容と変わりがないのだが、トラウマに特化したペアレンティング・スキルも含まれている。まず、親が自分自身のトラウマ反応に対処できるように支援していくこと。そして、自宅で子どもがトラウマに対処していけるように、親が子どもをサポートする方法を学ぶ。たとえば、親が子どもにトラウマについて正確な情報を伝えることで、子どもに安心感を持ってもらうことや、親がモデルとなる行動を子どもに見せることなど、子どもがトラウマに対処する力を会得できるように、親が子どもを支援する方法を学ぶ。

親への心理教育の最終段階として、親と子どもによる協同セッションをおこなうことがある。ここでは、子どもにトラウマの体験について親に話してもらうように促す。また、親子でわからないことについて話しあったり、現在どれくらい安全になったのかを実際に確かめてみたり、これからも起こりえるトラウマへの暴露からどのように自分を守っていくかについて親子で話し合う (Kilmer, Gil-Rivas, Griese, Hardy & Hafstad, 2014)。このように、親に対してトラウマの知識とトラウマへの対応についての情報を伝えていく

こと。それは、子どものトラウマからの回復を助けるだけでなく、PTGをも促していくことになる。子どもを支える親を臨床家が支えることが重要であるといえる。

【子どもを取り巻く環境を整える】

Tedeschi & Calhoun (2009) は、PTGを促進させることは、テクニックや系統立てたアプローチというよりは、長い時間をかけて築きあげていくダイナミックなプロセスであるため、臨床家にできることは、適切な環境を整えて、PTGまでの道筋を案内することだと述べている。

環境を整える際に、子どもに直接関わる親や、周囲の大人のサポートが、子どものPTGを促すうえで大事な役割を担っている (Kilmer & Gil-Rivas, 2010)。また、子どもが通う学校や、生活しているコミュニティのなかで、子どもに理解を示し、手厚いサポートの輪が広がっていくように、地域の風潮を変えていく努力を重ねていくことが重要である (Kilmer, Gil-Rivas, Griese, Hardy, & Hafstad, 2014)。

サポートには次の二つの種類がある。一つは、家族や友人などサバイバーに直接関わる近接 (proximal) のサポート、もう一つは、地域コミュニティ、社会、文化など、直接関わるわけではないが、サバイバーを取り巻く周辺 (distal) のサポートである。子どもの場合、親、友人、学校は近接のサポートにあたり、近所や社会は周辺のサポートとなる。子どもの行動、発達、ウェルビーイングは、子どもにかかわる近接と子どもを取り巻く周辺の二重のサポートの影響を受けることになる。そのため、子どものトラウマケアを行う場合、子どもの治療だけにとどまらず、周りの環境をも取り込んだサポート体制をつくる必要がある (Farmer & Farmer, 2001)。

しかし、子どもをサポートしさえすればいいわけではない。子どものニーズに合ったサポートを提供することが大事である。それは、ある特定の物資かもしれないし、具体的なコーピング行動ができるように見本を示すことかもしれない。また、子どもをサポートする人が、家族、または先生、あるいは友人がいいのか、子どものニーズによって臨機応変に対応することが望まれる (Kilmer, Gil-Rivas, Griese, Hardy & Hafstad, 2014)。

子どものPTGを促進する要因は、意図的反

芻、建設的反芻、肯定的な未来への展望、希望、楽観性などの、子ども自身の内面的なプロセスや特性にあることがわかっているが、Kilmer et al (2014) は、子どもの内面に限定せず、子どもを取り巻く環境にも注目する必要があると指摘している。たとえば、子どもが暮らしている地域の住民サービスが充実しているか、求職をするとき地域のなかで職業の選択肢は多いか、困っている人の役に立てるような仕事があるのか。子どものPTGを促すには、子どもが実際に生活している地域、国、社会、経済、文化といったマクロ的な環境を整えることも重要だと言える。

【PTGを促すプログラム】

近年、トラウマサバイバーに対してPTGを促すことを意図した介入プログラムが開発されつつある。Tedeschi & McNally (2011) は、帰還兵を対象としたPTGの介入プログラムを開発した。このプログラムは5つの要素から構成されており、以下の5つの段階に沿ってすすめられる。

①心理教育

トラウマが心身にもたらす反応と、危機的な状況下では誰にでも起こる自然な反応であることを説明する。そして、これまでの人生のなかで積み上げてきた中核信念が、トラウマの出来事によって崩れて、今までの考え方や対処の仕方が通用しなくなること。そして、これから、トラウマ以後の状況に対応できるように、中核信念を新たに作りあげていく機会となることを説明する。

②感情のコントロール

トラウマの出来事以後、不安に駆られたり、不眠に悩んだり、トラウマの記憶が自動的に侵入してくることでサバイバーは苦しめられる。マインドフルネスなどの手法を使い、苦痛をコントロールする方法を学ぶことで、不安の軽減をはかる。

③建設的な自己開示

自己開示することはPTGを促進するうえで重要なカギとなる。出来事について話すことで気持ちが落ち着き、感情を制御できるようになる。また、これまでとは違う視点からものが見えるようになる。ただし、聞き手の反応が批判的であると、逆効果になることもあるため、ピアサポートグループなどの場で同じ苦しみを味わっている人に話をして共感的に受け止めてもらったり、人に開示をしないまでも、日記の

ように書くことで気持ちや考えが整理される。

④人生の物語を形づくる

トラウマの出来事によって分断された、以前、最中、以後の人生をつなぎ合わせて、自分の人生を一貫した物語につくりあげる。また、トラウマ以後に実感した成長について、ものごとを表と裏の両面からとらえる視点をもったり、生き方や考え方についての自分自身の変化について、そして、意味のある未来へと歩き出そうとしている自分について表現してみる。

⑤新しい意味と、人生の目標を定める

PTGを日常生活のなかに活かしていく。たとえば、トラウマサバイバーに共感を示し、手を差し伸べる活動を始めたり、あたらしい人生の目標を掲げていくなど。サバイバーとしての新しいアイデンティティを自分で認めて、それとして積極的に生きていこうとする。

Calhoun & Tedeschi (2013) は、この5段階のプログラムは様々なトラウマサバイバーにも応用できると述べている。子どもを対象としたPTGのプログラムにも活用できる。ただ、子どもは、自分の気持ちを上手く伝えることができない場合があるため、自己開示のやり方に工夫を凝らして、絵画療法を取り入れた実践例がある。絵画療法は、ストレス症状を抑制したり、トラウマ以後の生活に適応する効果がある (Wood, Molassiotis, & Payne, 2011)。絵画療法は、言葉では言い表せない気持ちを自己開示する手助けにもなる。語彙力がまだ十分に発達していない子どもにも有効な手段といえる。Mahr (2014) は、ペルー地震の被災者のなかで若者のサバイバーを対象に絵画療法を行った。このプログラムに参加したことで、人生の意味を見いだしたり、共感性が高まったという。

また、認知行動療法をベースとしたプログラムを、子ども個人だけではなく、グループに対して、学校に対して、地域に対して実施して、成果をあげている例もある (Chemtob, Nakashima, Hamada, & Roitblat, 2002; Salloum & Overstreet, 2008; Stein et al., 2003)。トラウマの出来事や対象者に合わせて、プログラムの内容や進め方にも工夫をしていくことが求められる。

おわりに

子どものトラウマサバイバーにPTGを促すアプローチについて述べてきた。子どもが体験する

トラウマの出来事によって、PTGの表われ方や、PTGまでのプロセス、サポートの仕方にも、違いがみられる。Duran (2013) は、小児がんサバイバーと、家族を対象とした35の研究論文をレビューした。その結果、次の5つのテーマが明らかになった。病気になったことで、①意味を見出した、②人生への感謝、③自己覚知、④家族の絆が強まり関係が近くなった、⑤社会に恩返しをしたい。さらに、自分自身の深層について、新しい意味と、世界の新しい側面を知った。また、病気の経験が最高の先生となり人生のすべてを学んだという。一方、虐待のように長い時間、継続的に危機にさらされるトラウマの場合である。Kilmer (2006) は、虐待の影響があまりに深刻であるために、子どものもつ資源を破壊し、PTGの可能性を無くしてしまうことを危惧している。

小児がんや脊髄損傷など、人生の途中で深刻な病気や障害を負った場合、既存の世界観が崩壊することで、PTGのモデルに沿った成長が見込まれやすい。しかし、脳性麻痺などの肢体不自由児をはじめ、生来の障害や何らかの病気を生まれながらもっている子どもの場合、もともと困難とともに歩んでいる人生が日常となっているため、障害があることが既存の世界観を崩壊させるほどのインパクトになるとは考えにくい。それでも、困難な日常からの成長は考えられる。それが、他者

に共感を示したり、日々に感謝して生きるなどの、PTGに類似した成長となりえるのかもしれない。とはいえ、成長までのプロセスは従来のPTGモデルとは違ったものになるであろう。生来の病気や障害をもつ人のPTGについて、今後の研究が望まれる。

また、知的障害をもつ子どもがトラウマに遭った場合、PTGは経験されるのだろうか。PTGは出来事に意味を見出そうと熟慮する意図的な認知プロセスがカギとなる、知的障害は知的発達の遅れを特徴とするため、認知プロセスが滞りがちとなり、PTGを経験しにくいことも予想される。しかし、知的発達の遅れによりPTGの可能性がないと決めつけられない。時間をかけて手厚いサポートをすることによってPTGが促されることも考えられる。今後の研究によって明らかにされることが望まれる。

どのようなトラウマの出来事であれ、どのような病気や障がいであれ、子どものPTGを促すための基本的な臨床のアプローチは変わらない。子ども自身をサポートすることはもちろんのこと、子どもを支える親へのサポートも欠かせないことである。子どものなかに芽生えたPTGの芽を育ていけるように、まわりの大人たちが、あたたかな光と、水を与えてあげることが重要だと言える。

参考文献

- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 1-23). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). *Posttraumatic growth in clinical practice*. New York, NY: Routledge.
- CATS Consortium. (2007). Implementing CBT for traumatized children and adolescents after september 11: Lessons learned from the Child and Adolescent Trauma Treatments and Services (CATS) Project. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 581-592.
- Chemtob, C., Nakashima, J. P., Hamada, R. S., & Roitblat, H. L. (2002). Psychosocial intervention for post-disaster trauma symptoms in elementary school children: A controlled community field study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 211-216.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite randomized controlled study of sexually abused, multiply traumatized children with PTSD: Initial treatment outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (in press). (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 65-69.

- Deblinger, E., Lippman, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: *Initial treatment outcome findings*. *Child Maltreatment*, 1, 310–321. doi:10.1177= 1077559596001004003.
- Dorsey, S., Briggs, E. C., & Woods, B. A. (2011). Cognitive behavioral treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20, 255–269. doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.006.
- Duran, B. (2013). Posttraumatic Growth as Experienced by Childhood Cancer Survivors and Their Families: A Narrative Synthesis of Qualitative and Quantitative Research. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30, 179–197. doi.org/10.1177/1043454213487433.
- Farmer, T. W., & Farmer, E. M. Z. (2001). Developmental science, systems of care, and prevention of emotional and behavioral problems in youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 171–181.
- Gil-Rivas, V., Hypes, A., Kilmer, R. P., & Williams, J. (2007, November). Child resources and children's PTS symptoms post-Hurricane Katrina. Poster presented at the 23rd Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Baltimore, MD.
- Glad, K. A., Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2013). Exploring self-perceived growth in a clinical sample of severely traumatized youth. *Child Abuse & Neglect*, 37, 331–342. doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.007.
- Kilmer, R. P. (2006). Resilience and posttraumatic growth in children. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 264–288). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Kilmer, R. P., & Gil-Rivas, V. (2008). Posttraumatic Growth in youth following disasters. *The Prevention Researcher*, 15, 18–20.
- Kilmer, R. P., & Gil-Rivas, V. (2010). Exploring posttraumatic growth in children impacted by Hurricane Katrina: Correlates of the phenomenon and developmental considerations. *Child Development*, 81, 1211–1227.
- Kilmer, R. P., & Gil-Rivas, V., Griese, B., Hardy, S. J., & Hafstad, G. S. (2014). Posttraumatic Growth in Children and Youth: Clinical Implications of an Emerging Research Literature. *American Journal of Orthopsychiatry* 84, 506–518. doi: 10.1037/ort0000016.
- Kolko, D. J. (1996). Individual cognitive behavioral treatment and family treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment*, 1, 322–342.
- Kolko, D. J., & Swenson, C. C. (2002). *Assessing and treating physically abused children and families: A cognitive-behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mohr, E. (2014). Posttraumatic Growth in Youth Survivors of a Disaster: An Arts-Based Research Project. *Journal of the American Art Therapy Association*, 31, 155–162.
- Salloum, A., & Overstreet, S. (2008). Evaluation of individual and group grief and trauma interventions for children post disaster. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 495–507.
- Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for school children exposed to violence. *Journal of the American Medical Association*, 290, 603–611.
- Tedeschi, R. G., & Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 230–237.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). The clinician as expert companion. In C. L. Park, S. Lechner, A. Stanton, & M. Antoni (Eds.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation* (pp.215–235). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tedeschi, R. G., & McNally, R. J. (2011). Can We Facilitate Posttraumatic Growth in Combat Veterans? *American Psychologist* 66,19–24. doi: 10.1037/a0021896.
- Wood, M. M., Molassiotis, A., & Payne, S. (2011). What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. *Psychooncology*. 20, 135–45. doi: 10.1002/pon.1722.